عفونت‌های استرپتوکک‌های مهاجم گروه A

T.S.S (شوک توکسیک استرپتوککی) عبارتست از بروز سریع شوک و نارسایی اعضای حیاتی همراه با هر گونه عفونت حاد استرپتوککی گروه A، بنابراین ممکن است T.S.S ثانویه به باکتریمی اولیه، فاشیئت نکروزان، میوکلروز و سپسیس بعد از زایمان و به میزان کمتری بعد از پنومونی پیدا شود.

انتقال استروپتوکک گروه A: انتقال به عوامل زیر بستگی دارد. طول دوره تماس نزدیک و ازدحام، و عوامل مربوط به میزبان عبارتند از عفونت‌های فعال ویروسی مانند آنفلوانزا و آبله مرغان، زخم‌های جراحی یا زایمان اخیر، فقدان پادتن اپسونیزه کننده اختصاصی علیه استرپتوکک گروه A و فقدان پادتن خنثی کننده علیه اگزوتوکسین تب زای A و B در بعضی موارد اعمال جراحی مانند لیپوساکشن، برداشتن رحم، زایمان واژینال و گذاردن پین در استخوان، راه را برای ورود میکروب به بدن ایجاد می‌کنند. در بعضی موارد محل یا راه ورود مشخص نیست و عفونت طی ۲۴ تا ۷۲ ساعت در محل ضربه خفیف غیر نافذ قبلی که منجر به هماتوم یا کشیدگی عضله شده است ایجاد می‌شود. در این بیماران احتمالاً استرپوکک از طریق باکتریمی گذرا در بافت‌های عمقی صدمه دیده کاشته می‌شود و به محض قرار گرفتن در این محیط شروع به رشد می‌نماید و سبب علائم و نشانه‌های سیستمیک بیماری می‌گردد. در این حالت یافته‌های جلدی از تظاهرات دیررس عفونت هستند. تشخیص زودرس این موارد بسیار دشوارتر از بیمارانی است که راه ورود باکتری در آنها مشخص است با اینحال، درد شدید موضعی و تب، بهترین سرنخ‌ها هستند. در بعضی موارد استفاده از داروهای ضد التهابی سبب پنهان شدن علائم در بدو مراجعه و تخفیف علائم عفونت می‌شود و ممکن است بیمار مبتلا به اشکال شدیدتر عفونت استرپتوککی و شوک بشود.

علائم T.S.S عبارتند از: تب و لرز و تهوع و استفراغ و اسهال و درد شدید موضعی و کونفوزیون و لتارژی، بیمار مبتلا به شوک ممکن است هیپوترمی داشته باشد. انتقال شعور و گاهی پرخاشگری و در بعضی موارد اغما وجود دارد.

درد موضعی شدید، شایع‌ترین علامت اولیه T.S.S است و مقدم بر علائم دیگر است. درد معمولاً در یک اندام ایجاد می‌شود ولی ممکن است مشابه پریتونیت، بیماری التهابی لگن، پنومونی و سکته قلبی یا پریکاردیت باشد.

۸۰ درصد بیماران مبتلا به عفونت بافت نرم هستند که در حدود ۵۰ درصد این موارد عفونت به طرف فاشیئت نکروزان یا میوزیت پیشرفت می‌کنند.

در ۱۰ درصد موارد اریتم منتشر رخ می‌دهد. در ۲۰ درصد موارد در غیاب بافته‌های بافت نرم انواعی از تظاهرات از جمله اندوفتالمیت، پری هپاتیت، پریتونیت، میوکاردیت آرتریت چرکی و آمپیم و منتژیت رخ می‌دهد.

*** نکته‌ها و چکیده مقالاتی از یادداشت‌های استاد دکتر یلدا**

Archive of SID

www.SID.ir

CPK کراتین فسفوکیناز: در تشخیص وجود عفونت‌های عمق بافت نرم کمک کننده است. زمانی که سطح آن بالا یا در حال افزایش باشد ارتباط خوبی با ایجاد فاشیئت نکروزان و میوزیت دارد.

در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد اختلال کلیه پیش از هیپرتانسیون رخ می‌دهد در بعضی موارد بیماران نیاز به دیالیز دارند (به مدت ۱۰ تا ۲۰ روز). بیمارانیکه نجات می‌یابند سطح کراتی نین سوم آنها در عوض ۴ تا ۶ هفته طبیعی می‌شود. در ۵۵ درصد بیماران ARDS پیدا شده است. این عارضه بعد از بروز هیپوتانسیون پیدا می‌شود.

*** نکته‌ها و چکیده مقالاتی**
از یادداشت‌های استاد دکتر یلدا

Archive of SID

www.SID.ir